

менные методы обезболивания, совершенствование хирургической техники, дальнейшее снижение ПС не может быть достигнуто только путем расширения показаний к КС. Частота послеоперационных осложнений остается высокой. КС является оперативным родоразрешением, показания к которому должно быть обосновано в каждом конкретном случае. За последние 5 лет (1993 – 1997гг) во 2 клиническом роддоме г.Минска было произведено 2555 КС. Частота операций составила в 1993 – 1995 гг - 15,1 – 15,3%, 1996 г – 18,8%, 1997 г – 20,3%. Показания к операции КС носили сочетанный характер: хроническая, острая гипоксия и синдром задержки развития плода (28%), первородящие 28 лет и старше, анализ которых отягощен бесплодием, невынашиванием, беременные после экстракорпорального оплодотворения (15%), тазовое предлежание, косое и поперечное положение плода (16%), крупный плод (9%), тяжелые формы ОПГ-гестозов (8%), заболевания глаз (7%), первичная и вторичная слабость родовой деятельности и преждевременное отхождение околоплодных вод (12%), пороки развития матки (1%), выпадение петель пуповины (1%), предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (4%).

Для оценки состояния плода производились амниоскопия, амниоцентез, кардиотокография, УЗИ, доплерометрия маточно-плацентарного, пуповинного кровотока, аорты и внутренней сонной артерии плода. При гипоксии или синдроме задержки развития расширялись показания к КС в интересах плода. Значительно уменьшились такие показания как упорная первичная и вторичная слабость родовой деятельности, предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, переносимая беременность. Экстрагенитальная патология наблюдалась у 81%, осложнения беременности – у 44%, ОРЗ во время беременности – у 14%, кольпит, бактериальный вагиноз, эрозия шейки матки – у 38 % женщин родоразрешенных КС. Воспалительные изменения плаценты – у 24,7%, диссоциированное созревание плаценты, фиброз стромы, ангиоматоз ворсин и синтициальных почек – у 28,4%.

КС всем женщинам производилось в нижнем маточном сегменте. Кровопотеря составляла 700-800 мл. Гипотоническое кровотечение во время операции было у 2%, гематома послеоперационной раны передней брюшной стенки в 1% случаев. В 52 % КС было произведено в плановом порядке во время беременности или с началом родовой деятельности. Общая ПС составила в этот период 2,5- 5,5%, при КС - 2,4- 6,4% случаев. Таким образом, дальнейшее расширение показаний к КС не способствовало существенному снижению ПС. Большая раневая поверхность после-родовой матки, быстрое ее обсеменение микробами, значительная кровопотеря, снижение клеточного иммунитета и медленное его восстановление, являются причинами высокой чувствительности родильниц к инфекции. С целью профилактики гнойно-септических осложнений во время операций всем родильни-

**Вавилова Л.В., Кулага О.К., Нагибович В.В.,  
Булат Ю.В., Збаровская Г.В., Бурьяк Д.В.,  
Чеушева Т.А.**

## **ПРОФИЛАКТИКА ЭНДОМЕТРИТА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

/ Минск /

Родоразрешение операций кесарева сечения (КС) позволило значительно снизить перинатальную смертность (ПС) и заболеваемость новорожденных. Однако, несмотря на совре-

цам вводился внутривенно и в миометрий окситоцин, проводилось восстановление ОЦК с учетом кровопотери, в послеоперационном периоде - детоксикация, профилактика анемии, пареза кишечника, тромбоэмболических осложнений, антибактериальная терапия, раннее вставание. ЛФК. Для ранней диагностики послеоперационных осложнений на 6- 7 сутки выполнялось УЗИ. Это позволило установить гематометру или лохиометру у 12% родильниц, что расценивалось как начало послеоперационного эндометрита. Больным выполнялось выскабливание полости матки, введение утеротонических средств, антибактериальная терапия дополнялась медазолами, физиотерапией и иммуномодуляторами,

Эндометрит после КС развился у 2%, нагноение послеоперационной раны передней брюшной стенки - в 1% , инфильтрат - у 5% случаев. Эти осложнения сопровождались гипертермией до 38<sup>0</sup>С и более, анемией, лейкоцитозом с палочко- и сегментоядерным сдвигом, повышением СОЭ. УЗИ эндометрита характеризовалось субинволюцией матки, иногда отечностью шва на матке. Активная тактика ведения эндометрита после КС — выскабливание матки, затем лаваж ее антисептическими средствами, антибактериальная терапия цефалоспорином с аминогликозидами и медазолами, детоксикация криоплазмой, альбумином позволила быстро купировать воспалительный процесс. Реабилитация родильниц продолжалась амбулаторно : витамины, физио- и рассасывающая терапия.

Таким образом, группу риска эндометрита после КС составляют женщины с экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности, хроническими очагами инфекции. Этим беременным показана дифференцированная диспансеризация : микробиологическое обследование, санация очаговой инфекции, лечение экстрагенитальной патологии, профилактика осложнений беременности, назначение адаптогенов.